2015D24325

INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 18 mei 2015 inzake het advies van de commissie Meurs inzake hoofdbehandelaarschap ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 275).

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

Inhoudsopgave

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het advies van de commissie Meurs inzake het hoofdbehandelaarschap ggz en de reactie van de Minister. Deze leden hebben nog een aantal vragen die zij aan de Minister voorleggen.

- Hoe bevordert de Minister dat partijen uit het veld gezamenlijk komen tot een kwaliteitsstatuut?
- Hoe wordt gewaarborgd dat alle partijen die geestelijke gezondheidszorg (ggz) aanbieden worden betrokken bij de totstandkoming van dit kwaliteitsstatuut om tot een breed draagvlak te komen?
- Wat zijn de verwachte resultaten van het werken aan de hand van het kwaliteitsstatuut en het regiebehandelaarschap op de effectiviteit, kwaliteit en kostenbeheersing van een ggz- behandeling?
- Is de Minister voornemens om de universitair geschoolde orthopedagogen ook toe te laten tot het BIG-register en tot de specialistische ggz?
- Is de Minister voornemens om het ontwerp van de voorgestelde transitieperiode uit de commissie Meurs over te nemen?
- Het rapport geeft geen antwoord op de vraag wat wel een geschikte bekostigingssystematiek voor de curatieve ggz is. Gaat de Minister verder onderzoek doen naar wat wel een geschikte bekostigingssystematiek voor de curatieve ggz is?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

Met veel belangstelling hebben de leden van de PvdA-fractie kennisgenomen van het advies van de commissie Meurs inzake het hoofdbehandelaarschap in de ggz en de reactie van de Minister. Deze leden zijn de commissie zeer erkentelijk voor haar uitgebreide en goed doordachte advies om vanaf 2017 een regiebehandelaar in te stellen ter vervanging van de hoofdbehandelaar. Deze voorgestelde verandering heeft volgens genoemde leden de potentie om in de ggz te zorgen voor betere kwaliteit en afstemming, meer ruimte voor professionals om binnen het behandeltraject passende zorg te leveren en de administratieve lasten terug te dringen zodat er meer effectieve tijd overblijft voor de patiënt. Zij zijn daarom tevreden met de richting van het advies van de commissie.

Wel merken de leden van de PvdA-fractie op dat de impact van de komst van de regiebehandelaar pas bezien kan worden na uitwerking van het kwaliteitsstatuut en de invulling die zorgverzekeraars er vervolgens bij hun inkoop aan geven. Zij zien daarom met veel interesse uit naar de eerste contouren van het kwaliteitsstatuut en de voortgang van de stappen die doorlopen moeten worden om het statuut bij het Kwaliteitsinstituut aan te melden. Hoe houdt de Minister de vinger aan de pols en wordt de Kamer in september geïnformeerd over de voortgang? Hoe stuurt de Minister bij als de voortgang niet naar wens verloopt? Waaruit blijkt dat het Kwaliteitsinstituut over voldoende daadkracht beschikt om haar doorzettingsmacht in te zetten als de voortgang van het kwaliteitsstatuut achterblijft? Hoe moeten zorgverzekeraars, naar de mening van de Minister, alvast toewerken naar de komst van de regiebehandelaar en het bredere scala aan beroepsgroepen dat straks diagnose behandel

combinaties (dbc's) mag openen en schrijven? Hoe kunnen zorgverzekeraars in de tussenliggende periode alvast betekenisvolle stappen zetten in hun inkoop en verantwoordingsproces? Is er voldoende draagvlak onder patiëntenverenigingen, aanbieders en zorgverzekeraars voor het regiebehandelaarschap? Is de Minister voornemens de beweging van hoofdbehandelaarschap naar regiebehandelaarschap, in het kader van integrale zorg, ook in te zetten voor andere zorgdomeinen dan de ggz?

De leden van de fractie van de PvdA erkennen de commissie in haar conclusie dat de huidige werkwijze met hoofdbehandelaars niet leidt tot optimale ggz voor de patiënt. Zorgverzekeraars zijn door gebrekkig inzicht in de kwaliteit van ggz hun toevlucht gaan zoeken in een steeds beperktere lijst van (hoogopgeleide) ggz-professionals die hoofdbehandelaar mogen zijn, horen zij van het veld en lezen zij in het advies van de commissie. Een limitatieve lijst voor het hoofdbehandelaarschap betekent echter niet per definitie dat de kwaliteit van zorg aan patiënten daarbij gebaat is. Door het alleen voor hoofdbehandelaars mogelijk te maken om dbc's te registreren hebben zorgverzekeraars bovendien de kosten geprobeerd te beteugelen zonder dat deze besparing per definitie voortkwam uit een betere kwaliteit van zorg. Hoe kijkt de Minister hierop terug? Hoe gaat de Minister er zorg voor dragen dat alle voor de behandeling relevante behandelaren straks een passende vergoeding voor hun werkzaamheden krijgen en hun expertise kunnen inzetten ten behoeve van de patiënt?

Bovendien leidt de huidige manier van registreren en verantwoorden tot veel extra administratieve lasten voor de hoofdbehandelaar. Dat hebben de leden van de PvdA-fractie nooit een gewenste situatie gevonden. Erkent de Minister dat de omschakeling van regie- naar hoofdbehandelaarschap ook een belangrijke stap kan zijn in het terugdringen van administratieve lasten? Hoe gaat de Minister er zorg voor dragen dat dit gepaard gaat met de minst mogelijke administratieve lasten, zodat iedere behandelaar zoveel mogelijk effectieve tijd aan patiënten kan besteden? Genoemde leden delen de mening van de commissie dat de kwaliteit van de ggz gestimuleerd kan worden met het bindend kwaliteitsstatuut en roepen de Minister op om de totstandkoming daarvan te stimuleren. Is de Minister dat voornemens en hoe gaat zij dat doen? Hoe verhouden deze plannen zich tot het zorgplan «Kwaliteit loont»? Hoe wordt in dit zorgplan al rekening gehouden met de komst van een bindend kwaliteitsstatuut, dat pas per 2017 gereed zal zijn?

Daarnaast zien de leden van de fractie van de PvdA dat er steeds vaker meerdere behandelaren betrokken zijn bij het behandelen van complexe ggz-problematiek. Omdat de hoofdbehandelaar de gehele inhoudelijke verantwoordelijkheid droeg, juichen genoemde leden het toe dat er straks geen sprake meer is van een hoofdbehandelaar, maar van een regiebehandelaar, die verantwoordelijk is voor het inzetten van de juiste behandelaren, samenwerking en coördinatie. Iedere behandelaar draagt dan de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor het eigen deel van de behandeling, terwijl ze worden aangestuurd door de regiebehandelaar. Dat voorkomt de situatie dat de hoofdbehandelaar inhoudelijk verantwoordelijk is voor delen van de zorg waar hij geen expertise of ervaring mee heeft. Klopt de veronderstelling van deze leden dat de regiebehandelaar in veel gevallen de behandelaar met de meeste contacturen met de patiënt zal zijn, in tegenstelling tot de huidige situatie waarbij de hoofdbehandelaar vaak de meest hoogopgeleide behandelaar is maar vaak minder contacturen heeft?

De commissie adviseert om de vereisten voor een regiebehandelaar vast te leggen in het kwaliteitsstatuut, dat ook gelijk voor nieuwe aanbieders een eis zal zijn voor toetreding. Ook de leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat niet iedere beroepsgroep even geschikt is om regie te voeren. Deze leden zijn erg benieuwd naar de uitwerking van het kwaliteitsstatuut en vragen de Minister te borgen dat de vereisten voor regiebehandelaars een goede afweging tussen kwaliteit en beheersbaarheid omvatten, op zo'n manier dat er geen beroepsgroepen onnodig geen regiebehandelaar mogen zijn, terwijl zij dat wel goed zouden kunnen. Hoe gaat de Minister dat doen? Hoe borgt de Minister dat taakherschikking in de ggz van de grond komt en dat de meest passende behandelaar kan worden ingezet? Kan de Minister een lijst aanleveren waarin zij, volgens haar visie, schetst welke beroepsbeoefenaren wel en welke niet voor het regiebehandelaarschap in aanmerking zouden moeten komen? Waarop is deze schikking gebaseerd? Mogen zorgverzekeraars straks, net als bij het hoofdbehandelaarschap, aanvullende eisen stellen aan de regiebehandelaar of de beroepen die in aanmerking komen voor het regiebehandelaarschap inperken? Worden deze eisen geüniformeerd?

De Minister kan zich goed voorstellen dat ook de omvang van de zorgaanbieder een criterium kan zijn voor het regiebehandelaarschap met het oog op het kunnen leveren van 2-uurszorg. In hoeverre houdt een dergelijk criterium in dat het voor professionals van kleine zorgaanbieders moeilijker wordt om regiebehandelaar te zijn en is dit wel wenselijk? Wat betekent dit voor de keuzevrijheid van patiënten en het in stand houden van bestaande behandelaar-patiënt relaties bij patiënten die langdurig of regelmatig zorg nodig hebben? Zou het uitgangspunt niet goede, passende zorg voor de patiënt moeten zijn, waarbij het niet uitmaakt of deze zorg door een grote of kleine aanbieder wordt geleverd zolang er in het gehele zorgtraject maar goed wordt afgestemd en wordt samengewerkt?

De leden van de fractie van de PvdA constateren dat niet iedere huisarts evenveel expertise heeft op ggz-gebied en dat nog niet iedere huisarts gebruikt maakt van de praktijkondersteuner huisarts – geestelijke gezondheidszorg (poh-ggz). Waarom is de Minister van mening dat de huisartsenzorg nog niet moet vallen onder de reikwijdte van het kwaliteitsstatuut? Is dit niet een goede gelegenheid om de kwaliteit van ggz in de huisartsenpraktijk te stimuleren?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

Algemeen

De leden van de SP-fractie hebben met gemengde gevoelens kennisgenomen van de brief van de Minister over het advies van de commissie Meurs inzake het hoofdbehandelaarschap in de geestelijke gezondheidszorg. Deze leden onderschrijven de conclusie van de commissie Meurs dat het hoofdbehandelaarschap is verworden tot een noodgreep van verzekeraars om grip te krijgen op de kostenontwikkeling. Zorgverzekeraars willen met een liefst zo kort mogelijk lijstje van beroepsbeoefenaren die voor het hoofdbehandelaarschap in aanmerking komen de kosten drukken. Naar de mening van de leden van de SP-fractie doet de commissie Meurs er inderdaad verstandig aan zich niet voor dat karretje te laten spannen. In zijn algemeenheid stelt de commissie Meurs dat er een gebrekkig inzicht in de kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg is. Genoemde leden vragen hoe dat is onderbouwd en wat hierop de reactie van de Minister is.

Ondanks dat de leden van de SP-fractie voor een belangrijk deel mee kunnen gaan in de analyse van de commissie Meurs, hebben zij minder vertrouwen in de vermeende oplossingsrichting. Genoemde leden zijn er allerminst van overtuigd dat de introductie van de «regiebehandelaar» en het «kwaliteitsstatuut» de cliënt werkelijk verder gaat helpen. Met het optuigen van een groot team professionals, worden volgens deze leden bovendien de grote ggz-instellingen bevoordeeld. Hiermee komen zelfstandige zorgaanbieders meer in de verdrukking. De leden van de SP-fractie constateren bovendien dat het rapport ook geen oplossing biedt voor de bekostigingssystematiek. Dat is voor deze leden teleurstellend want er is haast geboden bij een oplossing. Genoemde leden ontvangen nog altijd voorbeelden van psychiaters en klinisch psychologen die opgezadeld worden met het hoofdbehandelaarschap van 200 tot 300 patiënten.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat iedere zorgprofessional naar eigen inzicht een behandeling moet kunnen starten. Genoemde leden begrijpen dan ook niet waarop dat gestolde wantrouwen richting de zorgprofessional is gebaseerd. Welke feiten liggen hieraan ten grondslag? Mocht iemand het in hem of haar gestelde vertrouwen beschamen, zijn er dan niet voldoende andere mogelijkheden om daarop aangesproken te worden zoals door de Inspectie voor de Gezondheidszorg? Zou een vergunningplicht vooraf voor kleine of grote aanbieders niet veel effectiever en minder bureaucratisch zijn? Naar de mening van deze leden is deze vergunningsplicht dan de voorwaarde voor contractgarantie. Hoe ziet de Minister deze mogelijkheid?

Is het juist dat er vorig jaar een onderzoek is afgeleverd door SIRA Consulting over de bureaucratie in de ggz? Kan de Minister dat de Kamer doen toekomen? Kan de Minister bovendien een overzicht geven van de huidige contractering van instellingen en vrijgevestigden uitgesplitst naar regio en zorgverzekeraar? De leden van de SP-fractie wensen dit overzicht over de afgelopen jaren met daarbij ook de percentages groei of krimp in de inkoop. Deze leden verwachten een uitgebreide beantwoording.

Regiebehandelaar en inhoud kwaliteitsstatuut

De leden van de SP-fractie vinden het evenals de Minister positief dat de commissie Meurs zich niet heeft laten beperken tot het opstellen van een lijst met beroepen die hoofdbehandelaar mogen zijn in de generalistische basis ggz (b-ggz) en de specialistische ggz (s-ggz). Volgens de commissie Meurs lag dit wel in de opdracht besloten. Is de Minister het met deze leden eens dat de opdrachtformulering aan de commissie Meurs wellicht te sturend is geweest? Is de Minister voorts van mening dat er kostbare tijd verloren is gegaan omdat er nog steeds geen zicht is op een geschikte bekostigingssystematiek? Als de Minister positief is met betrekking tot het werk van de commissie Meurs, verwijt zij dan wellicht zichzelf iets en zo ja wat? Genoemde leden verwachten een uitgebreide reactie.

De leden van de SP-fractie merken op dat de Minister in haar reactie op het advies van de commissie Meurs direct benadrukt dat vooral bij de kleinere zorgaanbieders samenwerkingsafspraken en de inhoud van het kwaliteitsstatuut omvangrijk dienen te zijn. Is de Minister hiermee van plan kleinere aanbieders op te zadelen met nog meer bureaucratie? Acht de Minister het wenselijk dat kleine aanbieders van zorg op deze manier benadeeld worden ten opzichte van de grote instellingen? Is de Minister van mening dat de nog verdere schaalvergroting die zodoende gestimuleerd wordt, gewenst is? Herinnert de Minister zich nog haar volgende uitspraak: «als er nou één sector is die zich zo'n beetje kapot heeft

gefuseerd, dan is het de ggz»?[1] Hoe valt het benadelen van kleine aanbieders enerzijds en het niet gelukkig zijn met de schaalvergroting in de ggz anderzijds, met elkaar te rijmen?

De leden van de SP-fractie merken op dat grote zorgaanbieders weliswaar verplicht moeten ingaan op het verzoek van een kleine aanbieder tot samenwerking, maar dat zij dit beargumenteerd mogen afwijzen. Wat zouden redenen kunnen zijn voor grote instellingen om de samenwerking met kleine aanbieders af te wijzen? Kan de Minister garanderen dat niet iedere aanbieder – of zorgverzekeraar! – met een eigen «oliebollenlijstje» komt? Is de Minister het met genoemde leden eens dat het vreemd is dat een zorgprofessional die klaarblijkelijk kwalitatief voldoende is om regiebehandelaar te zijn, wel door een andere zorgaanbieder geweigerd kan worden om kwalitatieve redenen? Ziet de Minister hier ook de mogelijke dreiging voor kleine aanbieders die de markt uitgedrukt worden door de grote instellingen die alle kennis en kunde in eigen huis hebben? Deze leden zijn van mening dat niet mogelijk concurrerende zorgaanbieders elkaar moeten beoordelen op kwaliteit, maar dat daarvoor de Inspectie in het leven is geroepen. De leden van de SP-fractie opperen dan ook het idee van een acceptatieplicht voor grote instellingen bij het verzoek tot samenwerking. Deze leden verwachten een uitgebreide reactie op bovenstaande vragen en ideeën.

De leden van de SP-fractie vinden het vreemd dat de Minister aannames doet over de kostenbeheersing en er gemakshalve vanuit gaat dat bij de verdere uitwerking hier wel aandacht voor zal zijn. Genoemde leden constateren dat dit een geheel andere houding is dan tot voor kort. Waar komt deze ogenschijnlijk nonchalante houding ten opzichte van de kostenbeheersing ineens vandaan, zo vragen deze leden. Waarop is de verwachting van de Minister gebaseerd dat zorgverzekeraars zich wel zullen committeren aan dit advies? Welke toezeggingen zijn er aan de zorgverzekeraars gedaan dat zij hiermee zullen instemmen? Zien zij of de Minister in de beoogde nieuwe werkwijze mogelijk andere manieren om de kosten te beheersen? Is één van die manieren mogelijk het uit de markt drukken van de kleinere, ongecontracteerde zorgaanbieders? Indien dat het geval is dan zouden de leden van de SP-fractie dat een erg kwalijke zaak vinden. Deze leden hopen dan ook op een stellige ontkenning van deze suggestie en verwachten een uitgebreide toelichting.

Hoe verder?

De leden van de SP-fractie merken op dat het de volgende stap is om samen met veldpartijen te komen tot een model kwaliteitsstatuut. Welke veldpartijen zijn hierbij betrokken? Zitten ook zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierbij aan tafel? Hoe borgt de Minister dat bij het opstellen van een model kwaliteitsstatuut, de kwaliteit leidend blijft en niet de prijs? Evenals met het opstellen van zorgstandaarden, zijn deze leden van mening dat zorginhoudelijke partijen primair betrokken moeten worden. Hoe gaat de Minister voorkomen dat het kwaliteitsstatuut voor zorgverzekeraars een stok wordt om niet gecontracteerde zorgaanbieders mee te kunnen slaan? De leden van de SP-fractie verwachten een uitgebreide beantwoording van de gestelde vragen.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het advies van de commissie Meurs inzake het hoofdbehandelaarschap in de ggz en de bijbehorende beleidsreactie. De lijn van het advies

[1] Begrotingsbehandeling Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 november 2014

van de commissie kan op steun van de leden van de CDA-fractie rekenen. Met de ontwikkeling van het kwaliteitsstatuut waarin het begrip regiebehandelaarschap centraal staat in de organisatie van de kwaliteit van zorg, loopt de ggz-sector in de voorhoede van de zorgsector, zoals GGZ Nederland terecht aangeeft. Deze leden hebben wel nog enkele vragen bij de beleidsreactie van de Minister.

De Minister neemt het advies van de commissie over om de regiebehandelaar degene te laten zijn die de dbc's opent en sluit. De leden van de CDA-fractie vragen of dit betekent dat de regiebehandelaar de eindverantwoordelijke zal zijn in het gehele zorgtraject, zoals dat nu ook bij de hoofdbehandelaar het geval is.

De Minister schrijft in de beleidsreactie dat vanwege de controleerbaarheid zij van mening is dat de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) geen regiebehandelaar kan zijn, omdat deze niet als zodanig in het BIG-register is opgenomen. De commissie Meurs schrijft in haar rapport juist dat het probleem bij de SPV is, dat dit weliswaar een artikel 3 beroep is, maar dat de SPV niet voldoet aan het vereiste van een academische opleiding (NLQF 7). Dit gebrek van een academische opleiding kan echter volgens de commissie gecompenseerd worden door voldoende relevante werkervaring. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan uitleggen waarom zij niet, conform het advies van de commissie, een SPV met voldoende relevante werkervaring wel de gelegenheid wil geven regiebehandelaar te zijn.

De Minister neemt het advies over om het hebben van een kwaliteitsstatuut een eis voor toelating tot de sector te laten worden. Hiermee wordt de kwaliteit van de zorg bij de poort al voor een groot gedeelte gegarandeerd. Onverantwoorde groei van veelsoortige toetreders kan hiermee aan banden worden gelegd. Immers, er worden geen samenwerkingsafspraken gemaakt met aanbieders waarvan aantoonbaar is dat deze kwalitatief hun zaken niet op orde hebben. De leden van de CDA-fractie vragen de Minister om in te gaan op de opmerking die de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP) hierover heeft gemaakt in haar brief van 9 juni 2015 over het «conceptwetsvoorstel Wmg versus vrije artsenkeuze».

De Minister zal uit oogpunt van het voorkomen van administratieve lasten de wettelijke eis van het hebben van een kwaliteitsstatuut vooralsnog beperken tot de curatieve ggz die is verzekerd op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De leden van de CDA-fractie vragen waarom de Minister denkt dat dit administratieve lasten voorkomt. Is het niet zo dat doordat het kwaliteitsstatuut niet regime-onafhankelijk wordt gemaakt, zorgaanbieders met verschillende kwaliteitseisen te maken krijgen, en dus juist met meer administratieve lasten te maken krijgen?

De Minister zal de aanbeveling om het begrip «geneeskundige ggz» in de Zvw nader te verduidelijken betrekken bij de agenda voor de toekomst van de ggz. De leden van de CDA-fractie vragen de Minister op welke termijn zij hiervan de resultaten verwacht.

De Minister schrijft dat zij zich kan voorstellen dat de omvang van een zorgaanbieder relevant is voor de inhoud van het kwaliteitsstatuut. De leden van de CDA-fractie vragen op welke manier de Minister dit ziet. En ziet zij dit als een opdracht aan de partijen bij de uitwerking van het kwaliteitsstatuut?

De leden van de CDA-fractie vragen hoe in het nieuwe systeem omgegaan zal worden met toekomstige nieuwe beroepsgroepen in de zorg. Als er een nieuwe beroepsgroep ontstaat, dan zal er immers nog geen formeel kwaliteitsstatuut zijn. Op welke wijze kan een nieuwe beroepsgroep toetreden?

Een probleem voor zorgaanbieders is dat momenteel zorgverzekeraars nadere eisen mogen stellen aan het hoofdbehandelaarschap. De leden van de CDA-fractie vragen of dat met het regiebehandelaarschap anders zal zijn. Hoe wordt voorkomen dat verschillende zorgverzekeraars verschillende eisen gaan stellen?

Genoemde leden vragen op welke manier wordt voorkomen dat er per verzekeraar verschillende (aanvullende) eisen aan het kwaliteitsstatuut worden verbonden, waardoor de administratieve lasten voor zorgaanbieders verder kunnen oplopen.

Het hebben van een kwaliteitsstatuut zal in de zorginkoop van 2017 van belang worden. De verplichting voor aanbieders van ggz om een kwaliteitsstatuut te hebben zal in werking treden op 1 januari 2017. Deze leden vragen hoe de zorginkoop voor 2017 kan verlopen met aanbieders die pas in het najaar van 2016 een kwaliteitsstatuut hebben.

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister voornemens is, gezien de aanvraag van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) uit november 2013 en het rapport van de commissie Meurs over het hoofdbehandelaarschap (verschenen op 18 mei jl.) waarin de Minister wordt geadviseerd om positief te besluiten over opname van de beroepsgroep orthopedagogen-generalist als artikel 3 Wet BIG beroep, de orthopedagogen-generalist op te nemen in de Wet BIG. Zo ja, wanneer wordt de procedure daartoe in gang gezet en is opname gerealiseerd? Genoemde leden vragen dit omdat de commissie Meurs streeft naar regiebehandelaarschap met ingang van 2017 en met de behandeling van een wetsvoorstel circa twee jaar is gemoeid.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de Minister heeft besloten[2] dat de orthopedagoog-generalist en de kinder- en jeugdpsycholoog alleen in aanmerking komen voor het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis ggz. Geeft het advies van de commissie Meurs niet aanleiding om die oneigenlijke knip, vanwege de knelpunten die cliënten ervaren en die alleen voor deze twee beroepsgroepen is gemaakt, met ingang van 2016 ongedaan te maken en dus de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor het hoofdbehandelaarschap voor 2016 hierop aan te passen?

Wet BIG en integrale bekostiging

Ingevolge artikel 7:446, eerste lid, BW verbindt de hulpverlener zich tegenover de patiënt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst; de hulpverlener is de contractuele wederpartij van de patiënt en daarmee als opdrachtnemer aan te merken. Tot 2015 was volkomen helder dat zelfstandig gevestigd (toegelaten) medisch specialisten werkzaam in een ziekenhuis hulpverlener en contractspartij van de patiënt waren. Dat was alleen anders als de medisch specialist in loondienst was van het ziekenhuis; dan was het ziekenhuis contractspartij.

---

[2] Aanhangsel Handelingen II, 2012–2013, nr. 3135 (Beantwoording Kamervragen over het hoofdbehandelaarschap van orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen, ontvangen 3 september 2013)

Met de invoering van de integrale bekostiging lijkt op dit punt echter een onduidelijkheid te zijn gecreëerd. Hoewel de NZa in haar advies Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015 het behoud van zelfstandigheid van de medisch specialist heeft benadrukt, in de wetsgeschiedenis geen wijziging op het niveau van de rechtsverhouding met de patiënt wordt vermeld, het model samenwerkingsovereenkomst van de Federatie Medisch Specialisten uitgaat van een ongewijzigde rechtsverhouding ten opzichte van de patiënt en de integrale bekostiging een ander voorop-gezet doel heeft dan wijziging van de rechtsverhouding met de patiënt, is er in september 2014 een artikel verschenen[3] waaruit zou blijken dat de patiënt vanwege de integrale bekostiging alleen nog maar met het ziekenhuis een geneeskundige behandelingsovereenkomst zou sluiten. Hoewel er later in het tijdschrift Letsel & Schade[4] ook een andere mening is geuit zou het volgens de leden van de CDA-fractie de rechtszekerheid ten goede komen als er duidelijkheid op dit punt komt.
Deze leden vragen daarom te bevestigen dat met de integrale bekostiging niet is beoogd wijzigingen aan te brengen in de rechtsverhouding patiënt – vrijgevestigd medisch specialist, zolang deze medisch specialist zelfstandig blijft.

Een maatschap werd tot 2015 niet als contractspartij van de patiënt aangemerkt vanwege het ontbreken van rechtspersoonlijkheid en dit zal ook zo zijn vanaf 2015. De voor 2015 in de zorg opgerichte coöperaties – denk aan de huisartsenposten – werden evenmin als contractspartij aangemerkt, hoewel zij wel rechtspersoonlijkheid bezitten. Steeds werd de zelfstandig medisch specialist als contractspartij aangemerkt. Wat de situatie vanaf 2015 betreft, lijkt dit laatste ook te volgen uit het Model Ledenovereenkomst van de Federatie Medisch Specialisten; de praktijk wordt niet ingebracht met het oog op behoud van zelfstandigheid van de medisch specialist. Omdat de coöperatie vanaf 2015 een grote rol lijkt te gaan spelen, zou het volgens de leden van de CDA-fractie de rechtsze-kerheid niettemin ten goede komen als ook op dit punt duidelijkheid wordt gegeven. Deze leden vragen daarom of de Minister kan bevestigen dat met de integrale bekostiging niet is beoogd nieuwe contractspartijen voor de patiënt te creëren.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

[3] http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/146774/Het-lot-van-de-geneeskundige-behandelovereenkomst.htm

[4] Letsel & Schade 2015, nr. 1, Wijne, «Integrale bekostiging van invloed op de relatie medisch specialist versus patiënt en de aansprakelijkheid van de medisch specialist?»